

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

381

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard, Marcel, Adrien, Lucien VIOLLE

Né le 3 Décembre 1931, à PLESSIS-LUZARCHES (S.-&-O.)

présentée et soutenue publiquement le

ANEVRYSME SYPHILITIQUE
DU TRONC BRACHIO-CEPHALIQUE
CONSIDÉRATIONS
SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Gérard, Marcel, Adrien, Lucien VIOLLE

Né le 3 décembre 1931

à Plessis-Luzarches (Seine et Oise)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

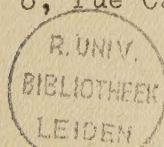
ANEVRYSME SYPHILITIQUE
DU TRONC BRACHIO-CEPHALIQUE
CONSIDERATIONS SUR
LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
A PROPOS D'UNE OBSERVATION

--

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCCQ (P), BULLIARD (H),
GADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANJ (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE(R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunolo- gie expérimentale ch. à t. pers.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	N....
Pathologie et therap.générales.....	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	BARGETON (D)
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J)
Thérapeutique.....	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie.....	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique.....	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr. s.ch.
	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
Anesthésiologie.....	(PAILLAS (J)
	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA (G)m. conf.
	BOURLIERE (F) m.conf.
Biologie médicale.....	(DENOIX (P)
	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G)
	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) (BRUMPT (LC) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L.) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LAURENCE (G) agr.pers. (LORTAT-JACOB (J.L) (LOYGUE (J) (MERGADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J) (CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L) (LOEP ER (J) (MAURICE (J)

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P)m.conf. (CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H)m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P)
Pédiatrie-Puériculture	(POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch.
Physiologie	(DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf.
Physique médicale	(KELLERSHON
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F) (CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

(ABOULKER (P)
(AMELINE (A)
(HUGUIER (J)
Clinique (LEGER (L)
chirurg. (OLIVIER (C)
(PADOVANI (P)
(POILLEUX (F)
(ROUX (M)
(VERNE (J.M.)
(HAGUENEAU (J)
(pr.s.ch.
Clinique (BOUDIN (G)
médicale (CONTE (M)
(DOMART (A)
(MILLIEZ (P)
(PERRAULT (M)
(RAMBERT (P)
(THIEFFRY (S)
(TURIAF (J)

MM.

Clinique neuro-
rhumatol. SEZE (S. de)
(GRASSET (J)
(LEPAGE (F)
Clinique obsté-
tricale (MAYER (M)
(MERGER (R)
(RAVINA (J)
Clinique oph- (DESVIGNES (P)
thalmologique (OFFRET (G)
Clinique oto-
rhino-laryng. MADURO (R)
Clinique pédia-
trique et pué-
riculture LAPLANE (R)
Clinique psy-
chiatrique BARUK (H)
Clinique uro-
logique KUSS (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ETTORI (J) pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)
Secrétaires Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Grand-Mère,

A mes Grands-Tantes, ses Soeurs,

A mon Père,

A ma Mère,

A mon Beau-Père,

A ma Belle-Mère,

A tous mes Parents et Amis.

A ma Femme,

A mon Fils.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de Clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé,
H. BRICAIRE,

Qui a bien voulu nous
conseiller pour ce
travail,

Hommage respectueux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Stage

Monsieur le Professeur BENARD,
Monsieur le Professeur BROCCQ,
Monsieur le Professeur Agrégé PERRAULT,
Monsieur le Docteur LEBEAU,
Monsieur le Professeur Honoraire HEUYER,
Monsieur le Professeur MOUQUIN,
Monsieur le Professeur BROUET,
Monsieur le Professeur Agrégé MAYER,
Monsieur le Professeur MOLLARET,
Monsieur le Professeur Honoraire AUBIN,
Monsieur le Professeur RENARD,

Externat

Monsieur le Docteur BLANCHON,
Monsieur le Docteur GUERIN.

A l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin,

Monsieur le Docteur P. CARREZ,

Monsieur le Docteur J. ROSEY.

A Messieurs les membres de
mon Jury de Thèse.

ANEVRYSME SYPHILITIQUE
DU TRONC BRACHIO-CEPHALIQUE
CONSIDERATIONS SUR
LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
A PROPOS D'UNE OBSERVATION

L'anévrisme du tronc Brachio-Céphalique est une affection rare. Il pose toujours un problème diagnostique intéressant et son traitement est également l'objet d'une discussion médico-chirurgicale.

Nous devons l'observation que nous rapportons à Monsieur le Professeur BRICAIRE qui a bien voulu nous la confier. Nous tenons à le remercier ici.

Cette observation illustre en effet un certain nombre des problèmes propres à cette localisation de la maladie anévrysmale.

OBSERVATION

Mr.K... André, âgé de 55 ans, entre dans le service le 19 Novembre 1958 pour :

DYSPNEE ASTHMATIFORME AIGUE

Histoire de la maladie :

Le malade est un ancien moniteur d'éducation physique. Il travaille depuis 5 ans dans une fabrique de peinture.

- Depuis 4 ou 5 ans, il se plaint, chaque hiver, de bronchite avec toux et expectoration.

- au début d'octobre 1958, apparition d'une

gêne respiratoire à l'effort, avec essoufflement à la montée des escaliers.

- le 15 Octobre 1958, en se rendant à son travail, il est pris par une crise de bradypnée expiratoire avec impression de striction laryngée ; suivie de l'expectoration de crachats blanchâtres peu abondants. La crise cède à l'Aminophylline intraveineuse.

- le 19 Novembre, nouvelle crise de dyspnée asthmatiforme moins intense et moins pénible que la première qui l'amène en consultation à Broussais où il est hospitalisé.

L'EXAMEN à l'entrée montre :

- Un malade pléthorique, au faciès injecté.
- Les lèvres, les pommettes et les extrémités sont cyanosées
- Circulation collatérale thoracique importante avec varicosités et pétéchies.
- Hippocratisme digital net aux membres supérieurs.

Poumons :

On trouve à l'auscultation des ralés crépitants en fin d'inspiration, surtout à droite.

Le coeur :

a un rythme régulier à 100. Pas de bruits anormaux ; pas de reflux hépato-jugulaire. La tension artérielle est à 17/11.

Le foie :

déborde de deux travers de doigt.

La rate n'est pas palpable.

L'appareil digestif semble normal par ailleurs.

Le système nerveux :

est sensiblement normal.

. Réflexes ostéo-tendineux, très faibles mais présents aux membres supérieurs et inférieurs.

- . Cutané plantaire en flexion.
- . Force musculaire et tonus, normaux.
- . Sensibilités superficielle et profonde, normales.
- . Coordination normale. Paires craniennes normales.
- . Il n'y a pas de signe de Romberg mais un léger déséquilibre à l'occlusion des yeux.
- . Pupilles en myosis. Réflexe photo-moteur très faible mais cependant présent.

Poids du malade : 68,400 Kg.

Antécédents personnels.

En 1939, fracture du rachis au niveau de T 10 ; platrée.

Depuis 3 ou 4 ans, hypertension artérielle à 18 connue.

Fumeur modéré : 5 à 10 cigarettes par jour. Ne fume plus depuis six mois.

Pas d'antécédents familiaux d'asthme.

Le traitement institué comporte :

- Etaphylline intra-musculaire matin et soir
- Oxygène 1/4 d'heure par heure.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le 21 Novembre :

- . Glycémie : 0,98 g/l
- . Urée sanguine : 0,45 g/l
- . Vitesse de sédimentation :
 - 49 mm à la 1ère heure
 - 74 mm à la 2ème heure
 - 110 mm à la 24ème heure

Numération et formule sanguine :

Hématies : 4.500.000

Taux d'hémoglobine : 90 p.cent

Leucocytes : 4.400

Polynucléaires neutrophiles : 56 p.cent

Lymphocytes : 7 p.cent

Grands Lymphocytes : 31 p.cent

Monocytes : 6 p.cent

Cholestérol sanguin : 1,55 g/l

L'électrocardiogramme du 25 novembre, montre :

- un rythme sinusal
- axe QRS négatif
- hypertrophie ventriculaire gauche

L'expectoration se montre

- riche en fuso-spirilles à l'examen direct
- quelques cocci gran + en culture
- vieux pneumocoques et rares streptocoques non hémolytiques
- pas de BK à l'examen direct et après homogénéisation

La radiographie pulmonaire

Le 22 novembre, révèle :

- existence d'une masse rétro-sternale haute, importante débordant à droite.
- l'ombre cardiaque est augmentée ; gros ventricule gauche
- crosse aortique déviée vers le bas et à gauche
- trachée déviée à gauche
- parenchyme pulmonaire normal

L'examen est repris. Il révèle :

depuis 2 ou 3 mois, gêne à la déglutition, voix assourdie.

On palpe au niveau du cou un gros corps thyroïde et au-dessus de la fourchette ster-

nale, une masse dure, ligneuse, difficilement mobilisable.

L'examen vasculaire est complété par la comparaison

- de la tension artérielle aux deux membres supérieurs
15/10,5 à droite 18/9,5 à gauche
- pouls : 110 ; synchrone.
- La courbe des oscillations artérielles aux membres supérieurs, qui est à peu près identique.

(voir graphique p.suivante)

- le malade présentait donc cliniquement un syndrome de la veine cave supérieure provoqué par une tumeur médiastinale.

Le diagnostic de GOITRE PLONGEANT ou ECTOPIQUE est considéré comme le plus vraisemblable.

Une épreuve à l'iode radioactif est pratiquée le 23 Novembre :

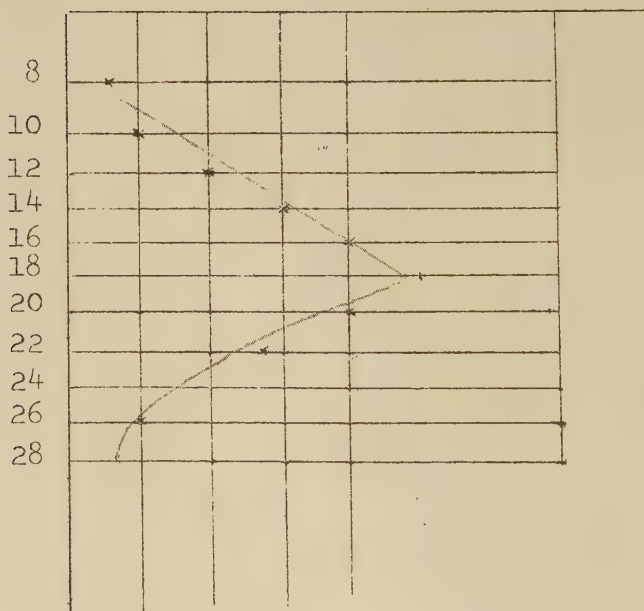
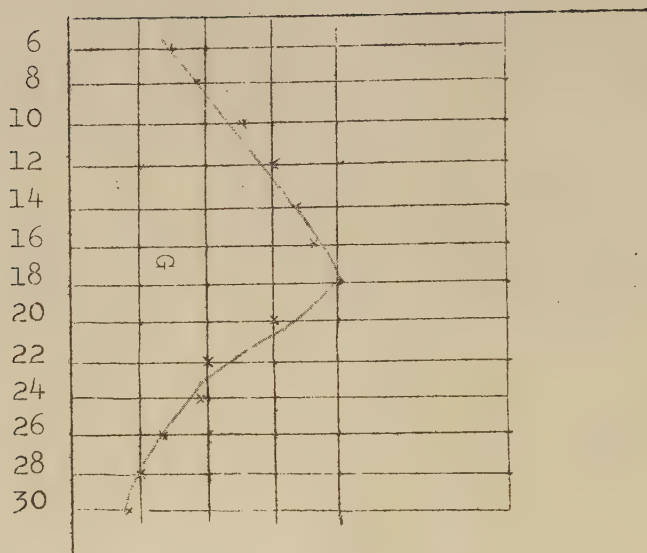
- la fixation est de 4 p.cent à la sixième heure
de 10 p.cent à la vingt-quatrième heure.

Elle est la même :

- au niveau du corps thyroïde
- au niveau de la tumeur intra-thoracique

Le malade avait pris dans les semaines précédentes du glucalcium ioduré, d'où peut-être la faible fixation. Les jours suivants le malade se dit amélioré; la déglutition est normale.

Le 28 novembre, des TOMOGRAPHIES sont pratiquées.



La masse, latéro-trachéale droite, refoule celle-ci à gauche.

Elle est visible au mieux aux plans 11 et 13.

Le diagnostic de goitre semble donc se confirmer. C'est alors que le résultat de l'examen sérologique est connu : les réactions de Bordet-Wasserman, de Kline et de Kolmer sont fortement POSITIVES.

L'interrogatoire et l'examen ne permettent pas de retrouver les signes de la syphilis primaire ou secondaire.

Le 29 Novembre, en RADIOSCOPIE

on vérifie avec soin que la tumeur n'est pas battante, ni surtout expansive.

Elle ne présente donc aucun caractère de tumeur vasculaire.

Le diagnostic d'anévrysme du tronc brachio-céphalique est écarté sur :

- l'absence de signes auscultatoires et palpatoires
- les caractères de la tumeur, dure et non expansive.
- le diagnostic de tumeur du Thymus est évoqué pour mémoire
- c'est le diagnostic de goitre plongeant qui est retenu :
 - la thyroïde est augmentée de volume
 - l'iode radioactif se fixe au niveau de la tumeur
 - l'anévrysme du tronc brachio-céphalique est très rare

Le malade est confié au chirurgien pour exérèse de ce goitre.

Cependant, en raison de la syphilis mécon-

Radiographie du
22 novembre 1958

Tomographie du 28 novembre 1958

- Plan 11 -

Angiocardiographie
du 20 décembre
début

Angiocardiographie du
20 décembre
fin de l'injection



nue, révélée par les examens systématiques, on décide avant d'intervenir de pratiquer une

ANGIOCARDIOGRAPHIE le 20 décembre

- le produit opaque dessine d'abord le contour de la masse
- tardivement, vers la 12ème seconde, il pénètre la tumeur et emplit le sac anévrysmal qui apparaît nettement séparé du tronc brachio-céphalique.
- l'origine de la sous-clavière gauche est également le siège d'une ectasie débutante.

Le diagnostic est cette fois certain :

ANEVRYSME SYPHILITIQUE du TRONC BRACHIO-CEPHALIQUE

La thérapeutique chirurgicale est alors abandonnée, en raison de sa difficulté dans ce cas, et de la présence d'un anévrysme sur la sous-clavière.

Le malade reçoit le traitement spécifique : 3 cyanure de mercure IV ; pénicilline à dose très progressivement croissante jusqu'à une dose totale de 15 millions d'unités.

Le malade se sent nettement amélioré par le traitement. Il quitte le service le 17 Janvier 1959.

En Janvier 1960, le malade est toujours en vie et l'amélioration semble s'être maintenue.

Cette observation rassemble un certain nombre de difficultés propres au diagnostic et au traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique.

HISTORIQUE

-:-

Il nous montre déjà que si l'anévrysme de l'aorte est connu dès le XIVE siècle avec FERNEL, étudié par VESALE et A. PARE, ce n'est qu'au XIXe siècle que l'anévrysme du tronc brachio-céphalique est mentionné dans le traité de Duplay & Reclus par WALTHER et par la mise au point de LEFORT dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales.

En 1900, RUNDLE et TAYLOR font une revue des cas publiés. Bien que la ligature ait été tentée depuis longtemps c'est en 1895 que BURREL enregistre un premier succès chirurgical.

La thérapeutique chirurgicale ne prend son essor qu'à partir de 1920 ; l'excision du sac anévrysmal est réalisée par CARLING en 1934, puis par BAHNSON, de BAKEY et SCHUMAKER.

En 1952, OUDOT réalise un pontage par greffe.

En 1956, CORMIER consacre sa thèse au traitement chirurgical de ces anévrysmes.

-:-

CLINIQUE

--:

Le plus souvent elle ne permet pas de porter le diagnostic d'anévrysme.

I - Il est rare en effet que l'on observe :

- une tumeur battante, expansive, au-dessus de la fourchette sternale.
- un thrill latéro-sternal droit.
- un souffle systolique intense, rude ou doux ; ou un souffle systolo-diastolique.
- un asynchronisme des pouls radiaux avec inégalité de la tension artérielle aux membres supérieurs.

Le diagnostic d'anévrysme est alors posé mais son origine exacte n'est pas reconnue.

II - C'est habituellement un Syndrome Médiastinal Supérieur plus ou moins complet qui amène le malade à consulter.

Nous rappellerons donc les éléments de ce syndrome. Il comporte :

- des signes respiratoires, très fréquents

DYSPNEE, d'abord modérée, intermittente, dyspnée d'effort elle tend à devenir permanente.

Des ACCES paroxystiques, asthmatiformes ou glottiques peuvent survenir (Ictus Laryngé,

décrit par DIEULAFOY).

Le cornage inspiratoire et le tirage sus-sternal et sus-claviculaire évoquent une compression trachéale qui est rare dans l'anévrysme.

La TOUX, sèche, rauque, férine, coqueluchoïde ou bitonale est encore plus rare.

C'est une toux de "bronchite banale" qui ranène une expectoration muco-purulente simple.

Les hémoptysies ne sont pas exceptionnelles.

- les DOULEURS sont moins constantes

Elles peuvent prendre des caractères et une topographie variable :

- névralgie intercostale, phrénique, cervico-brachiale fixe ou intermittente.
- algie rétro-sternale pouvant réaliser un syndrome angineux.

Ces formes sont caractérisées par leur ténacité et leur persistance.

- les manifestations oesophagiennes

sont réduites à une dysphagie généralement intermittente et tardive.

- la COMPRESSION VEINEUSE

au niveau de la Veine Cave Supérieure donne un syndrome caractéristique qui comporte :

- cyanose de la face, marquée au niveau du nez et des pommettes, et des extrémités. Elle reste longtemps modérée.
- oedème de la face, du cou, de la racine du membre supérieur ; rarement oedème "en pélerine" car la compression de l'anévrysme prédomine à droite.

- circulation collatérale :

la compression s'effectue au-dessus de l'abouchement de la veine Azygos. Elle oblige le sang de la tête et des membres supérieurs, pour rejoindre le cœur à passer par les veines mammaires internes et vertébrales puis intercostales supérieures et à se jeter dans la vaine Azygos ; d'où développement de la circulation collatérale au niveau du cou, de la nuque et de la partie supérieure du thorax, mais de façon modérée.

- parfois le malade se plaint de céphalées, de vertiges, de bourdonnements d'oreille.

L'anévrysme du tronc brachio-céphalique donne une prédominance des signes à droite ; en particulier de l'hippocratisme digital.

Ces signes sont d'apparition insidieuse et lente ; leur découverte n'en est que plus significative.

- les Troubles Nerveux

Outre les douleurs, l'atteinte des troncs nerveux peut se révéler par :

- la tachycardie, avec ou sans hypertension ; la sialorrhée, par atteinte du pneumogastrique droit.
- le hoquet ou la paralysie de l'hémi-diaphragme droit par atteinte du phrénique droit.

III - L'examen complet peut orienter le diagnostic vers la recherche d'une lésion vasculaire.

On peut en effet trouver :

- I°- soit une syphilis ancienne.
cicatrice de chancre, de lésions secon-

daires;
signes de syphilis tertiaire : leucoplasies, troubles neurologiques : aréflexie tendineuse, signe d'Argyll.

2°- soit une artério-sclérose diffuse importante, au niveau des artères périphériques et au fond d'oeil.

3°- soit un traumatisme, avec ou même sans plaie pénétrante, susceptible d'avoir lésé les vaisseaux.

La clinique pose donc le plus souvent le diagnostic de syndrome médiastinal supérieur. Parfois, elle s'oriente d'emblée vers une tumeur vasculaire, mais ce n'est qu'après confrontation avec les résultats des examens complémentaires que le diagnostic pourra être porté.

EXAMENS HUMORAUX

1°- La Numération et la Formule Sanguine, ainsi que la Vitesse de sédimentation et la Cuti-Réaction à la tuberculine, fournissent des renseignements sur certaines tumeurs médiastinales :

adénopathies tuberculeuse, inflammatoire, leucémique.

2°- La glycémie, l'urémie, explorent les principales fonctions de l'organisme et permettent d'envisager les examens ultérieurs.

3°- La recherche de la syphilis doit être systématique comme le montre l'observation que nous rapportons. En cas de doute, les réactions classiques de déviation du complément seront confirmées par le test d'immobilisation du Tréponème. Il est exceptionnel que l'ensemble des réactions soit pris en

défaut.

La découverte d'une syphilis méconnue ou négligée est un argument de la plus grande valeur dans un diagnostic aussi difficile que celui d'anévrysme du tronc brachio-céphalique.

La RADIOLOGIE

La radioscopie et la radiographie simple ont permis dès 1897 à WILLIAMS de décrire le premier anévrysme du tronc brachio-céphalique.

En 1920 VAQUEZ et BORDET soulignaient son rôle essentiel pour le diagnostic.

En 1936 WARFIELD dresse un bilan de ses résultats.

En 1946 CREYX lui consacre sa thèse.

Elle fournit en effet des renseignements :

I°- STATIQUES

- siège de la tumeur, paratrachéale droite
- morphologie, régulièrement convexe en dehors, se perdant dans l'ombre de la clavicule
- rapports avec les organes voisins :
 - . trachée, rarement refoulée et
 - . oesophage, opacifié par la baryte, plus souvent refoulé et comprimé.

2°- DYNAMIQUES

- pulsatilité et expansibilité de la tumeur
- influence de la respiration, de la déglutition sur la tumeur et sa mobilité.
- mouvements du diaphragme.

3°- EVOLUTIFS

par des examens successifs, on appréciera, en plus des éléments précédents, le retentissement de l'anévrysme sur le coeur et les poumons.

Il convient d'utiliser plusieurs techniques et de confronter les résultats obtenus.

La RADIOSCOPIE

Elle ne permet que rarement de reconnaître le signe pathognomonique de l'expansibilité de la tumeur. Selon WARFIELD on ne le trouve que dans vingt pour cent des cas.

La RADIOGRAPHIE

Les clichés pris sous des incidences diverses ne peuvent dissocier les ombres normales et pathologiques du médiastin.

Cependant on peut déjà éliminer certains diagnostics :

- sur la topographie médiastinale supérieure,
 - les kystes pleuro-péricardiques
 - les kystes bronchogéniques
 - les dysenbriones hétéroplastiques
- sur le siège antérieur,
 - les tumeurs neurogènes
 - les kystes paraoesophagiens.

La TOMOGRAPHIE

- FRONTALE donne les images du tronc brachio-céphalique aux plans onze et douze
- les coupes sagittales peuvent être pratiquées.

- CORMIER insiste sur l'intérêt de la strati-
graphie transversale pour connaître
les rapports de la tumeur avec les pa-
rois médiastinales et thoraciques ;
ce qui influence la tactique opératoire
éventuelle.

Le PNEUMOMEDIASTIN

associé à la tomographie, permet de disso-
cier les éléments du médiastin.

Malgré l'intérêt d'insuffler au plus près
du secteur médiastinal à explorer, la stase
dans le territoire cave supérieur rend dan-
gereux l'emploi des voies directes

- Transtrachéale de BARIETY et CHOUBRAC
- Sus et rétro-sternale de CONDORELLI

On leur préférera les voies indirectes :

- Rétro-xyphoïdienne de BALMES et THEVENET
- Rétro-péritonéale.

La KYMOGRAPHIE

étudie les bords de la silhouette cardio-
vasculaire à travers une grille de plomb.
Elle peut confirmer le diagnostic d'anévrys-
me lorsque les bords sont nets et expansifs.
Ce caractère manque le plus souvent.

La CINEDENSIGRAPHIE

utilisée depuis 1946 par MARCHAL, enregis-
tre les variations de la densité optique aux
rayons X des opacités intra-thoraciques, à
l'aide d'une cellule photo-électrique. On
enregistre ainsi un tracé normal ventriculai-
re, auriculaire et artériel.

On explore ensuite la surface et les bords
de la tumeur sur le malade debout, couché,

en Trendelenburg.

Une tumeur vasculaire donne un tracé de type vasculaire non modifié par les positions du malade.

Cette méthode n'exige aucune manœuvre pénible ou douloureuse pour le malade et le matériel est assez simple. Elle peut donc être employée chez des malades en mauvais état général ou chez qui l'utilisation des produits de contraste iodés est contre-indiquée.

Le DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- au terme de ce bilan clinique et radiologique le diagnostic d'anévrysme du tronc brachio-céphalique est parfois porté.

- Il se pose en fait encore avec :

1°- une image pulmonaire de lobite azygos scléro-rétractile secondaire à un cancer

2°- une TUMEUR SOLIDE

- fibrome ou adénome parathyroïdien ectopique, très rare
 - une tumeur thyréotique, très rare également, plus médiane
 - un goitre surtout, très fréquent, goitre plongeant ou goitre ectopique.
- C'est le principal diagnostic avec :

3°- une TUMEUR VASCULAIRE

- anévrysme du tronc brachio-céphalique, rare.
- anévrysme de la sous-clavière, qui donne une opacité arrondie masquant le sommet pulmonaire.
- un anévrysme de la crosse de l'aorte à développement supérieur, donne des

signes plus nets d'ectasie.

- anévrysmes artério-veineux du tronc brachio-céphalique à la veine cave supérieure.

Lorsque le diagnostic reste hésitant, il faut faire appel à des examens plus spécialisés.

C'est ainsi que l'on pratiqua dans l'observation que nous avons rapportée :

une EPREUVE à l'IODE RADIOACTIF

L'origine thyroïdienne de la tumeur semblait la plus vraisemblable en raison du léger goitre existant au niveau du corps thyroïde.

Les résultats parurent confirmer ce diagnostic. Cependant deux caractères particuliers sont à relever :

- 1°- la fixation basse de l'iode 131
- 2°- la fixation au niveau de l'anévrysme en proportion égale à celle de la thyroïde.

. L'explication de ces caractères peut relever de la prise d'iode par le malade, pour la faible fixation.

. Pour la fixation au niveau de l'anévrysme, il n'est pas possible d'admettre l'existence d'une thyroïde ectopique dont le siège coïnciderait précisément avec celui de la poche anévrysmale.

. L'anévrysme lui-même aurait donc concentré l'iode injecté, probablement du seul fait de la quantité de sang contenue dans la poche.

En raison de la sérologie positive, on dé-

cida également de pratiquer :

une ANGIOCARDIOPHIE

C'est elle qui devait donner le diagnostic exact.

- Sa mise en oeuvre nécessite une équipe entraînée et un appareillage radiologique permettant la prise rapide de clichés en série.

- On utilise la Diodone comme produit de contraste en raison de sa teneur en iode de 49,8 p.cent et du pouvoir extracteur élevé du rein à son égard.

- On injecte une solution concentrée à 70 p.cent à la dose de 1 g, soit 1 ml par kg au maximum. Une quantité totale de 40 à 60 ml est habituellement conseillée.

- Cette quantité de liquide doit être poussée rapidement en une ou deux secondes au plus.

- Plusieurs voies ont été utilisées :

- veine périphérique, qui donne de bons résultats
- veine jugulaire externe, veine sous-clavière
- voie artérielle rétrograde, par l'artère humérale, la sous-clavière, la fémorale,
- la voie intra-cardiaque a même été employée par NUVOLI et PONDOMENECH, malgré les risques de fibrillation ventriculaire.
- Plus récemment a été décrite par MOUQUIN une technique de cathétérisme cardiaque par voie percutanée fémorale. Une sonde en polythène, sur conducteur métallique est poussée jusqu'au ventricule gauche, où elle peut séjourner

de 15 à 30 minutes.

Elle permet l'injection d'une moins grande quantité de produit opaque qui n'a pas à traverser la circulation pulmonaire.

Les Incidents et Accidents de l'angiographie justifient une recherche soigneuse des contre-indications.

Les accidents peuvent en effet être mortels :

- soit par choc anaphylactique immédiat ou très rapide
- soit par néphrite azotémique, évoluant en quelques semaines ou quelques mois.

D'une façon habituelle, l'injection provoque :

- une chute tensionnelle passagère de 20 et 30 mm de Hg
- une sensation d'angoisse avec polypnée, rougeur de la face, toux, nausées.
- parfois lipothymie.

On élimine donc les sujets qui ont :

- un test de sensibilité au produit de contraste positif,
- un bilan rénal défavorable avec une azotémie supérieure à 0,50 g/l ; des hématies et des cylindres dans le culot urinaire,
- un état cardiaque ou hépatique précaire.

Résultats

- l'opacification des cavités gauches, à partir de la veine périphérique, est réalisée de la sixième à la dixième seconde ; celle de l'aorte de dix à treize secondes, celle de ses branches de treize à quinze secondes.

L'angiographie permet :

1°- d'affirmer la nature vasculaire de la tumeur ; donc de reconnaître l'anévrysme.

2°- de préciser le vaisseau atteint et l'état des autres vaisseaux médiastinaux.

3°- de localiser le collet et d'apprécier son importance ainsi que le volume de la poche, par comparaison avec les limites extérieures de l'anévrysme on peut évaluer l'épaisseur de la paroi.

4°- d'apprécier le retentissement de l'anévrysme sur la circulation veineuse de retour.

Il existe cependant quelques causes d'erreur :

- l'anévrysme peut être obstrué par des caillots et ne pas s'injecter ; mais le tronc brachio-céphalique paraît déformé.

- la poche peut être vaste et le produit de contraste s'y trouve dilué.

- des phénomènes de spasme réflexe artériel enfin, peuvent gêner la répartition du produit iodé au niveau des vaisseaux de la base.

Cependant l'angiographie fournit les renseignements les plus intéressants, tant pour le diagnostic que pour la décision thérapeutique.

L'EVOLUTION

Spontanément elle est mortelle.

- soit par rupture de la poche;
- soit par embolie cérébrale;
- soit par accidents aigus, liés à la com-

pression médiastinale : syncope, crise
angineuse, spasme de la glotte,

- soit par défaillance cardiaque rapide
ou oedème aigu du poulmon.
- soit enfin du fait d'une maladie inter-
currente, habituellement pulmonaire ou
rénale.

La survie dépasse rarement quelques années
après le début clinique de la maladie.

LE TRAITEMENT

- : -

I - MEDICAL

- Il comporte le traitement SYMPTOMATIQUE du syndrome médiastinal et varie selon ses manifestations.

- Il ne peut être ETIOLOGIQUE que lorsqu'il s'agit d'un anévrysme syphilitique.

C'est alors celui de la syphilis tertiaire.

- Cyanure de Mercure intraveineux à
0,01 g pour 1 ml

- une injection par jour pendant 4 ou 5 jours, avant la pénicilline ; pour éviter les réactions de réactivation de la syphilis.
- en séries de trente à quarante injections, quotidiennes, dans l'intervalle des cures de pénicilline.

- Pénicilline, à des doses initiales très faibles pour atteindre un million d'unités par jour jusqu'à une dose totale de douze à quinze millions par cure. On conseille quatre cures par an.

Ce traitement ne vise pas l'anévrysme lui-même mais il agit sur les symptômes qui l'accompagnent.

Son action est nette, due sans doute à une diminution de la médiastinite associée.

Il doit être mené avec la plus grande prudence en raison des risques certains de rupture. La paroi de l'anévrysme peut être de nature gommeuse et "fondre" sous l'effet du traitement.

II - CHIRURGICAL

Il a été tenté depuis fort longtemps sous sa forme la plus simple : la ligature.

Les accidents cérébraux furent aussitôt connus.

1°- la ligature d'aval

De la carotide primitive seule ou de la carotide et de la sous-clavière ; successivement ou simultanément ont été employées dans le but :

- d'empêcher les embolies de la grande circulation
- d'obtenir, à partir de la ligature, une thrombose extensive qui comble le sac anévrysmal.

Malgré les risques encéphaliques élevés, la double ligature simultanée d'aval peut encore être envisagée lorsque l'état du malade est mauvais ou que la rupture paraît proche.

Les observations de BROcq et de GORDON-TAYLOR en témoignent.

2°- la ligature d'amont, ou ligature d'Anel

est susceptible de donner la guérison dans un quart des cas. Elle n'entraîne pas toujours la stabilisation de l'anévrysme.

3°- la triple ligature ,

réalisée en 1924 par GREENOUGH, peut se faire en un ou deux temps. C'est une opération logique qui donnait de bons résultats.

A ces méthodes indirectes, qui laissaient en place l'anévrysme s'ajoutèrent les méthodes directes attaquant le sac anévrysmal

soit palliatives

- 1°- triple ligature avec ouverture du sac
- 2°- coagulation intra-sacculaire
- 3°- enveloppement de collophane, destiné à limiter par un processus inflammatoire fibrogène, l'extension de la poche anévrysmale.

soit radicales

- exérèse du sac, réussie pour la première fois en 1904.

Toutes ces méthodes, directes et indirectes, entraînent l'interruption du courant artériel dans les branches du tronc brachio-céphalique : sous-clavière et carotide primitive droite.

Or de nombreux travaux ont conclu au risque élevé de la ligature pour la vascularisation cérébrale, même pour un délai assez court.

Les accidents relèvent de mécanismes variés :

- embolie artérielle
- spasme réflexe artériel
- thrombose ascendante
- anoxie cérébrale

Les statistiques donnent des résultats un peu variables selon les auteurs ; allant de 30 p.cent à 50 p.cent d'accidents, dont

la moitié sont mortels.

On pourrait cependant envisager la ligature si l'on avait un moyen de prévoir son retentissement sur la vascularisation cérébrale.

- le test de Matas, compression digitale de la carotide ;
- le clampage de la carotide après dénudation sous anesthésie locale, même avec étude des modifications de l'électro-encéphalogramme,
- l'étude du fond d'oeil, proposée par LERICHE, pour rechercher, sous clampage, l'anémie persistante de la rétine,

tous ces tests ne peuvent donner de garantie certaine de l'innocuité de la ligature projetée.

Les accidents pouvant survenir secondairement, quelques jours après l'opération.

- les modifications de la pression dans la carotide interne seraient plus intéressantes, sous clampage : une baisse de pression de 60 p.cent contre-indiquant la ligature.

L'artériographie cérébrale ne permet pas non plus de présumer de la possibilité d'établissement d'une circulation de suppléance.

Les méthodes restaurant la continuité artérielle avec excision du sac anévrysmal, représentent la solution la plus satisfaisante.

- l'Endo-anévrysmoraphie restauratrice peut être employée lorsque les bords du collet sont de bonne qualité et peu éloignés.

- l'exérèse suivie de suture ou de greffe selon que la perte de substance artérielle permet l'une ou l'autre.

Ces méthodes supposent cependant un clamping temporaire de la carotide primitive.

Le temps pendant lequel on peut interrompre la circulation est variable d'un malade à l'autre, selon son âge et la nature de la lésion.

Or il est nécessaire de clamber pendant au moins quarante minutes, d'après DUBOST, pour poser une greffe dans n'importe quel cas.

Des accidents peuvent survenir pendant ce laps de temps et aucun test préalable ne peut exclure ce risque.

On utilise donc deux procédés pour accroître la durée de clamping :

1°- l'Hypothermie

en abaissant la température de l'organisme à 28,3° le métabolisme cérébral se trouve diminué de 65 à 70 p. cent et le temps pendant lequel on peut opérer se trouve multiplié par trois.

2°- les Shunts

- soit par greffe pontée, dans un premier temps ; l'exérèse de l'anévrisme étant réalisée ensuite.
- soit par shunt temporaire, à l'aide d'un tube souple de Tygon de calibre suffisant, utilisé par de BAKEY.

La continuité artérielle sera rétablie, soit :

- par suture simple ; anastomose termino-

terminale entre les deux extrémités artérielles, sans traction.

Ce cas est exceptionnellement rencontré

- par greffe

1°- par greffe pontée, en dérivation.

Elle doit être courte et peut donc gêner lors de l'exérèse.

2°- greffe termino-terminale, réalisée
dès 1953 par OUDOT.

La VOIE d'ABORD

du tronc brachio-céphalique doit répondre à deux nécessités :

1°- permettre le contrôle des vaisseaux
en amont et en aval de l'anévrysme.

2°- donner un jour suffisant pour prati-
quer l'excision et la greffe.

Depuis que la thoracotomie est devenue de pratique sûre, la voie utilisée par la majorité des auteurs est celle définie par CORMIER dans sa thèse :

- cervicotomie, prolongée par une sternoto-
mie médiane jusqu'au deux ou troisième
espace intercostal
- thoracotomie dans cet espace.

Le cas que nous avons rapporté n'a pu être opéré. La présence d'un anévrysme débutant de la sous-clavière gauche rendait injustifiés les risques opératoires encore élevés de cette chirurgie d'exception.

CONCLUSIONS

-: -

Le diagnostic d'anévrisme du tronc brachio-céphalique est difficile à porter.

C'est d'abord une localisation rare de la maladie anévrysmale ; de plus il n'a pas les caractères classiques des anévrysmes.

C'est le problème d'un syndrome médiastinal qui se trouve habituellement posé.

Ce problème diagnostique et thérapeutique ne sera résolu que par un bilan clinique, humoral et radiologique très complet et soigneusement critiqué.

La Clinique

- donne une première localisation médiastinale. Cela écarte d'emblée un certain nombre d'affections.
- Parfois elle pose seule le diagnostic d'anévrisme, mais ne peut affirmer son origine exacte.
- Elle peut orienter simplement vers la recherche d'une lésion vasculaire en révélant une syphilis ancienne, une artério-sclérose importante.

Le Bilan Humoral

apporte sa contribution au diagnostic

- au premier plan se trouvent les réactions sérologiques de la syphilis.

L'observation que nous avons rapportée montre que cet examen de routine hospitalière, pratiqué sans intention particulière avait seul conduit à faire pratiquer une angiocardigraphie.

- La découverte d'un diabète, d'une insuffisance rénale ou hépatique, interviendra lors de la discussion de la thérapeutique.

Le Bilan Radiologique

est essentiel.

- Dans un premier temps, il précise le siège exact de la lésion.
- Il donne parfois d'emblée le diagnostic lorsque la tumeur est nettement expansive.
- Ce caractère manque très souvent. La tomographie, associée au pneumomédiastin éventuellement, précise parfaitement le siège de la tumeur et ses rapports ; mais ne détermine pas sa nature vasculaire.

Il faut donc recourir à des examens spécialisés :

l'Epreuve à l'Iode radioactif

pour éliminer l'origine thyroïdienne de la tumeur.

Le goitre est en effet beaucoup plus fréquent que l'anévrysme.

L'observation rapportée montre que ses résultats peuvent être trompeurs.

L'Angiocardigraphie

examen capital puisque la tumeur est vasculaire.

- Lorsqu'on ne peut la pratiquer, chez un malade en mauvais état général ou sensibilisé à l'iode; le cinédensigramme peut fournir des renseignements intéressants sur le contenu de la tumeur.

- L'angiographie donne des images certaines de l'anévrysme. Elle précise son volume, son origine, ses rapports avec les vaisseaux voisins et l'état de ceux-ci ainsi que les troubles circulatoires qu'il provoque.

C'est elle seule qui a pu redresser un diagnostic de goitre plongeant posé cependant avec des arguments sérieux. C'est en grande partie sur ses données que sera décidée la thérapeutique.

Le Traitement

pose en effet un grave problème : peut-il être, dans le cas envisagé, chirurgical ou non ?

- le traitement médical, ne saurait amener la guérison.
 - Symptomatique, le plus souvent, il ne peut être
 - Etiologique, que lorsque l'anévrysme est syphilitique ; encore ne s'adresse-t-il qu'aux signes fonctionnels de l'anévrysme dont il retarde l'évolution.

Il reste sans moyens devant toute autre étiologie, athéromateuse en particulier.

- le traitement chirurgical, au contraire, peut entraîner une guérison complète.

Aux anciennes techniques de ligature se sont substituées des techniques radicales d'exérèse avec restauration de la continuité

artérielle par suture ou par greffe.

La voie d'abord : cervico-sternotomie et thoracotomie a été précisée, de même que les précautions à prendre ou les procédés à mettre en oeuvre pour éviter les accidents cérébraux : shunts et hypothermie.

Les risques opératoires restent cependant élevés. L'anévrysme du tronc brachio-céphalique ne relève jamais du traitement chirurgical sans une discussion serrée.

Dans la décision thérapeutique interviennent alors tous les éléments du bilan qui ont mené au diagnostic.

On peut espérer que les progrès incessants de la chirurgie vasculaire et des techniques de réanimation, permettront d'intervenir dans un plus grand nombre de cas et que les résultats déjà brillants obtenus seront encore améliorés.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. de GENNES

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ARNULF & HANZ

Etude artériographique des effets des
ligatures carotidiennes.

Presse Méd. 1950 p.1456

BARIETY & CHOUBRAC

Etude angiographique du système cave
supérieur au cours des tumeurs du mé-
diastin.

Bull. Soc.Méd.Hop.Paris 1952

18-19 591

BARIETY & Coll.

Angiographie, état actuel de la ques-
tion.

Journ.Frang.de Méd. & de Chir.Thora-
ciques- 1953 - 7.6.59

CASTEX & MAZZEI

L'hippocratisme digital unilatéral
et sa valeur dans les anévrysmes de
l'artère sous-clavière et du tronc
brachio-céphalique.

Presse Méd. 1940 -p.931

CONSTANTINI H.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique
ligature d'Anel.

Alger Chir. Mai 1942, 234.

COOLEY & de BAKEY

Considérations chirurgicales sur
les anévrysmes thoraciques de l'aor-
te et des gros vaisseaux
Ann.Surgery 1952, 135 -p.660

CORMIER J.M.

Diagnostic et traitement des anévrys-
mes artériels et des fistules arté-
rio-veineuses du tronc brachio-cépha-
lique.
Thèse Paris 1956 -n°234

CREYX

Sur un cas d'anévrysme du tronc
brachio-céphalique diagnostic radio-
logique.
J.Méd. Bordeaux, Août 1946, 297

De BAKEY & CRAWFORD

Résection et remplacement par homo-
greffe des artères brachio-céphalique
et carotide en utilisant un shunt
pour maintenir la circulation.
Surg.Gyn.Obst. Août 1957, 105 -
n°2, 129-135

De C. WHEELER

La ligature du tronc brachio-céphali-
que pour anévrysme de la sous-clavière.
Brit.Med.Journ. Oct.1942 -n°4266,
422-433

DELBET et MOCQUOT

Affections chirurgicales des artères
Nouveau traité de chirurgie clinique
et opératoire. Baillière 1911 -t.XI,
252.

DEMIRLEAU & TIBI

Anévrysme artériel du tronc brachio-
céphalique ouvert dans les bronches.
Mém.Acad.Chir.Janv-Fév.1954, 80 n°4-5
p.154-158

DUBOST C, BLONDEAU P, & CHEVRIER J.L.
Traitement chirurgical des anévrysmes
de la carotide primitive et du tronc
artériel brachio-céphalique.
Journ.Chirur. Oct.1958, 76, n°3 -
p.377-388.

FRANKLIN & MANKIN
Anévrysmes artério-veineux du tronc
brachio-céphalique.
Arch.Int.Med. Sept.1955, 96, n°2.

GAY B.B. jr & WALKER
L'anévrysme de l'artère innominée
Revue d'observations cliniques et ra-
diologiques de 18 cas. Radiology.
Juin 1953, 60, n°6, p.804-813

GIRAUD G. & Coll.
L'exploration des gros vaisseaux et
des organes médiastinaux par associa-
tion du pneumomédiastin et de la to-
mographie.
Soc.Sc.Méd.& Biol. de Montpellier
Mai 1952.

GOETZ R.L. & Coll.
Valeur clinique de l'angiocardiogra-
phie.
Angiology. 1955, 6, p.63

GORDON-TAYLOR G.
La chirurgie du tronc brachio-cépha-
lique remarques sur l'anévrysme.
Brit.J. Surg.1950, 37, n°148,
p.377-404

KILLIAN H.
Les anévrysmes du territoire brachio-
céphalique et quelques nouvelles ac-
quisitions sur la médiastinotomie
sterno-claviculaire.
Arch.Clin.Chir.1951, 269, n°3, 200-214.

KIRBY & JOHNSON J.

Anévrysme de l'artère innominée traité par résection et anastomose bout à bout.

Surgery 1953, 33, n°4, p.562-566

LINDSKOG

La chirurgie de l'artère innominée.

New England J.Med. Juil.1946, 235,

7176.

MARCHAL M.

Technique de la cinédensigraphie

Presse Méd.1953, 61, 82, 1734.

MARION P.

Traitement chirurgical d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique. Résultat éloigné.

Lyon Chirurgical. 1956, 51, n°3 -

347-349

NEMIR P.

Le traitement chirurgical de l'anévrysme de la carotide primitive.

Ann.Surg.1956, 144 - 2, p.228.

OUDOT J.

Anévrysmes brachio-céphaliques, cure de deux cas; le premier par greffe, le second par enveloppement de cellophane.

Mem.Acad.Chir.Mars 1953, 79, n°10-11-12 - 301-304

OUDOT, ROGE, DELAHAYE & CORMIER

Greffe vasculaire en Y pour anévrysme traumatique du tronc brachio-cephalique.

Presse Méd. 25 Mars 1953, 61, n°449-451.

PARKS H.

Anévrysme de l'artère innominée.
Arch.Int.Med.Juin 1938, 61, 898-909.

PONTIUS, BLOOD WELL, COLLEY & de BAKEY

Emploi de l'hypothermie dans la prévention des lésions cérébrales pendant un arrêt temporaire de la circulation cérébrale

Ann. Coll. Surg. 1955, vol.5 p.224

ROBERTSON H.F., ELLOSO, KUMISHIN & LEWITT

Anévrysme disséquant de l'artère innominée avec néoformation osseuse, compliquée d'infarctus cérébral.

Ann.Int.Med., déc.1958, 49, n°6,
1415-1419

RUNDLE F.

Anévrysme de l'artère innominée traité par chirurgie ; relation de 3 cas et rapport de 22 cas recueillis dans la littérature.

Brit. J. Surg. 1937, 25.

SHEA, GLASS, HARLAND, REID

Anastomoses du tronc brachio-céphalique et de la carotide interne pendant l'excision d'un anévrysme.

Ann. Surg.1957, 145, p.2.

SHUMAKER H.B.

Traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique. Rapport d'un cas avec discussion de l'application des méthodes chirurgicales
Surgery, nov.1947, 22 p. 729-739

TANTON

Anévrysme du tronc artériel brachio-céphalique

Bull. & Mem. Soc.Chir.Paris 1910,
36, 751.

TERAMO & Del GRANDE

Les anévrysmes du tronc brachio-céphalique.

Policlinico, nov.1957, 64, n°46,
1706-1712

TRENT J.C.

Ligature à l'aide de bandes de caoutchouc de l'artère innommée pour anévrysme ; relation d'un cas.

Surg.Gyn.Obst.1946; 82, n°4, p.463-470.

VIALLET P. & Coll.

Méthode angiographique intraveineuse permettant l'étude de la grande circulation.

Bull. & Mem.Soc.Med.Hop.Paris, mars 1955.

FORSTER E. & Coll.

Anévrysme suffocant de l'aorte et du tronc brachio-céphalique. Enveloppement de polythène suivi de greffe trachéale.

Soc.Med.Strasbourg, oct.1955

MOUQUIN & Coll.

Cathétérisme cardiaque gauche par voie percutanée fémorale.

Presse Méd.28 Nov.1959 -2081-2084

BARIETY, COURY & GRIMBERT

Le choix de la voie d'insufflation dans la pratique de la médiastinographie gazeuse.

Soc.Fr.Pathol.Respir. 12 Juin 1955.

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

